



*Neighborhood Doctors Who Care*

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Medico: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Numero De Telefono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. Autorizo las organizaciones siguientes / medicos para revelar la informacion subsiguiente de la salud:

Doctor: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numero De Telefono: \_\_\_\_\_

2. Por favor de mandar la informacion subsiguiente a las organizaciones siguientes / medicos:

Nombre / Doctor: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numero De Telefono: \_\_\_\_\_

3. La informacion de la salud que solicito es asi: (*verifique todas las lineas apropiadas*)

- Notas de Progreso (especifique por favor a medico y agenda)
- Registros de Inmunizacion
- Diagnostico que Orueba: (especifique el tipo de pruebas y fechas)
- Otro: (describa por favor abajo con todo detalle)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. La informacion para la cual autorizando sera utilizada para los propositos siguientes:

- Mis necesidades personales
- Compartir informacion con otros Doctores
- Otro: (describa por favor)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**POR FAVOR LLENE EL OTRO LADO DE LA AUTORIZACIÓN**

5. Comprendo que la informacion solicitada puede incluir registros que relacionan enfermedades de transmission sexual, Virus de la inmunodeficiencia humana (H.I.V.), servicios de salud mental, y tratamiento para el abuso de alcohol o sustancia. Si desea no tener cualquiera de la informacion ya mencionada soltada, por favor inicial aqui. \_\_\_\_\_
6. Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorizacion en tiempo. Debo proporcionar por escrito mi revocacion al Departamento de Historias medicos. Comprendo que esta revocacion no aplicara informacion que ya habia sido soltado debido a esta autorizacion.
7. Esta autorizacion expirara en \_\_\_\_\_.  
*El hecho de no poner una fecha en este lugar, esta autorizacion expirara (6) meses de la fecha en que es firmado.*
8. Comprendo que una vez la informacion antes mencionada es revelada, acerca de-revelo por el recipiente y la informacion no puede se protegido por leyes del derecho a la intimidad o regulaciones federales.
9. El Grupo del Medico de Manhattan no puede condicionar tratamiento, el pago, la matriculacion ni la elegibilidad para beneficios basados en un individuo que firma la autorizacion cuando la prohibicion a condicionar autorizacion appliqué.
10. Comprendo que ninguna informacion de la salud puede ser proporcionada a nadie otro entonces el firmante a menos que sea de otro modo indicado.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

OR

Firma de Representante Legal / Relacion: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Pick up at Site      \_\_\_\_ Mail to address on front page

**Para propositos de personal solo:**

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Proper identification was provided

**La Identificacion:**

\_\_\_\_ Licencia

\_\_\_\_ Estado publico identificacion con foto

\_\_\_\_ Poder de Asistencia

\_\_\_\_ Los Poderes de Asistencia medica

\_\_\_\_ Certificado de Nacimiento

\_\_\_\_ Pasaporte

El Grupo de Medico de Manhattan sigue las pautas establecidos por HIPAA. Una copia de esta forma de autorizacion es de ser proporcionada al paciente cuando peticion es completada.